

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

411

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Anne NOURY

Née le 3 janvier 1901, à Saint-Malo (Ille-et-Vilaine).

Contribution à l'étude médico-sociale
de la
Tuberculose Ostéo-Articulaire,
en France

Président : M. TANON, Président.

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1937

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Anne NOURY

Née le 3 janvier 1901, à Saint-Malo (Ille-et-Vilaine).

Contribution à l'étude médico-sociale
de la
Tuberculose Ostéo-Articulaire,
en France

Président : M. TANON, Président.

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1937

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	Léon BINET.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	FUNCK Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
BEZANÇON (Justin) Hydrologie.	GAYET Physiologie.
BOULIN Pathologie médicale.	DE GENNES .. Pathologie médicale.
BULLIARD Histologie.	GIROUD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.	HAGUENAU Pathologie médicale.
CHEVALLIER Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
COSTE Pathologie médicale.	HAZARD Pharmacologie.
DOGNON Physique.	HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
FEY Urologie.	JOANNON Hygiène.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.

MM.

OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIERS Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 PHILIBERT ... Bactériologie.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULE.
 CHABROL.
 CHIRAY.
 DONZELOT. } Clinique médicale.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SEZARY.

MM.

BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 HEITZ-BOYER. } Clinique chirurgicale.
 MOURE.
 QUENU.
 SCHWARTZ.
 VELTER.

MM.

ECALLE.
 LE LORIER.
 LEVY-SOLAL. } Clinique obstétricale.
 METZGER.

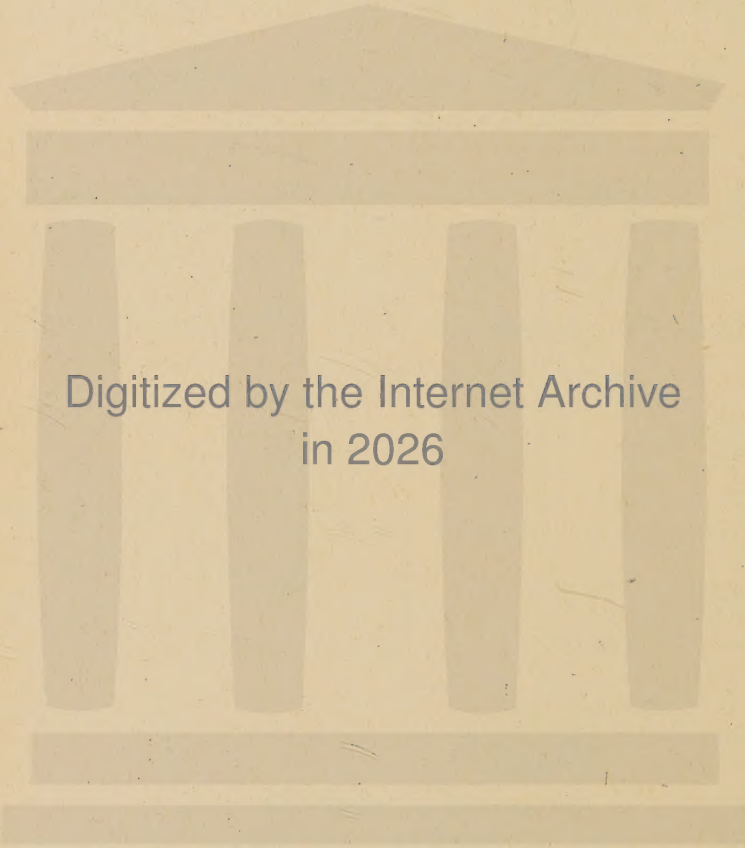
V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.
 LEDOUX-LEBARD
 PHILIBERT, agrégé
 RUPPE
 WEIL-HALLE

Education physique.
 Radiologie clinique.
 Microbiologie.
 Stomatologie.
 Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

**Professeur d'Hygiène et de Médecine Préventive
à la Faculté de Médecine de Paris.**

**Professeur à l'Institut de Médecine Coloniale
et à l'Institut Supérieur d'Hygiène.**

Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous fait l'honneur de présider cette
thèse. En témoignage de notre gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. RICHARD

Chirurgien des Hôpitaux.

Chirurgien de l'Hôpital Maritime de Berck.

Membre de l'Académie de Chirurgie.

*En reconnaissance de l'intérêt qu'il a
bien voulu témoigner à notre travail.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOUQUIER

Médecin Assistant de l'Hôpital Lannelongue, de Berck.

*Qui a bien voulu nous inspirer cette thèse
et nous guider de ses conseils.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

INTRODUCTION

Il est curieux de remarquer, alors que de tous côtés se multiplient les efforts des pouvoirs Publics dans la lutte contre la tuberculose pulmonaire combien ces efforts restent limités, peu organisés, fragmentaires, quand il s'agit des tuberculoses dites chirurgicales : ostéo-articulaire, ganglionnaire, péritonéale.

Manifestement la lutte ici est dirigée sans aucun plan d'ensemble. Il est vrai que ces lésions sont classiquement considérées comme rares, bénigne non contagieuses; elles entraîneraient une invalidité moindre et par conséquent grèveraient moins la collectivité.

Nous croyons cependant que la question doit se poser au point de vue médico-social.

Tous ceux qui ont fréquenté pendant un temps suffisant, les services spécialisés, savent combien une meilleure organisation pourrait être plus féconde. Reconnues le plus près possible du début de leur évolution, dirigées sans retard sur des centres climatiques méthodiquement organisés, soignées par des spécialistes, ces localisations auront toutes les chances d'aboutir, soit à une guérison véritable, soit à la meilleure consolidation possible. Dans ces derniers cas comportant une incapacité irréductible, il faudrait essayer d'utiliser au mieux les possibilités sociales des

anciens malades. Aussi serait-il souhaitable d'envisager leur réadaptation progressive, tenant compte de leur diminution physiologique, orientant enfants et adultes vers des métiers faits pour eux.

Il en résulterait certainement une récupération de leur valeur sociale, aussi intéressante pour la collectivité que pour l'individu lui-même.

La question nous paraît d'autant plus actuelle qu'aujourd'hui, grâce aux lois sociales, chacun devrait pouvoir compter sur une organisation sanitaire appropriée à ses besoins.

Or il nous a semblé :

— que l'important problème du dépistage n'a pas été envisagé.

— que la répartition des malades dans les différents centres n'est pas assez rationnellement organisée : difficultés administratives, dispersion des centres.

— enfin que ces centres eux-mêmes sont insuffisants en nombre et en qualité : matériel déficient ou périmé, personnel restreint, difficultés que rencontrent les médecins à imposer leurs directives.

Il serait donc désirable que le régime actuel fut assoupli et complété. Nous avons envisagé sous cet angle les lois d'assistance et d'invalidité telles qu'elles existent aujourd'hui.

Nous nous proposons dans ce travail :

— d'exposer ces lois et leur fonctionnement, en soulignant leurs lacunes.

— d'étudier quelques suggestions qui nous paraîs-

sent propres à augmenter l'efficacité de ces lois considérées du seul point de vue des besoins et de la défense des intérêts des tuberculeux ostéo-articulaires.

— nous aboutirons à cette conclusion, que le meilleur moyen de parvenir à une organisation rationnelle serait l'institution de deux organismes nouveaux :

— le centre de dépistage et de triage.

— le centre de traitement, complété par le centre de convalescence et de réadaptation professionnelle.

LES LOIS SOCIALES

L'Assistance médicale gratuite.

La loi du 15 avril 1893 intéresse tous les malades français privés de ressources, soit en raison de l'insuffisance de leurs salaires, soit en raison de leurs charges, conditions qui sont vérifiées par enquête. Ils reçoivent gratuitement de la commune, du département, ou de l'Etat, l'assistance à domicile ou dans un établissement public ou agréé, s'il y a impossibilité de les soigner utilement chez eux.

Le domicile de secours communal s'acquiert par une résidence habituelle d'un an postérieurement à la majorité ou à l'émancipation; par filiation l'enfant a le domicile du père; s'il est enfant naturel, il a le domicile de celui de ses parents par qui il a été reconnu. La femme, par le mariage, possède le domicile de son mari. Le domicile de secours est départemental lorsque le malade indigent a habité successivement plusieurs communes du même département pendant la dernière année considérée.

Si l'indigent ne peut être rattaché à aucune commune ou aucun département, le domicile de secours est d'Etat.

Les enfants assistés ont leur domicile de secours

dans le département au service duquel ils appartiennent, jusqu'à ce qu'ils aient acquis un autre domicile.

Les malades inscrits sur les listes de l'A. M. G. doivent s'adresser aux médecins qui ont été désignés par ce service et qui en ont accepté les conditions. Lorsque l'un de ces médecins juge qu'un assisté doit être hospitalisé dans un établissement de cure quel qu'il soit, il délivre un certificat exposant la nécessité pour le malade d'un séjour dans un de ces sanatoria. Le Président du bureau de bienfaisance ou son délégué, contre-signé ce certificat qui est transmis à la Préfecture. Le Préfet ou son représentant, prononce l'admission et le malade est dirigé sur un établissement public ou privé.

Pour les malades habitant une grande ville, comme Paris ou Lyon, où existent des dispositions particulières d'assistance, le mécanisme est un peu différent.

Le fonctionnement de l'A. P. à Paris, en ce qui concerne les tuberculeux osseux, est le suivant : les malades indigents ou nécessiteux, ayant leur domicile de secours à Paris ou dans le département de la Seine, se présentent à une consultation d'hôpital de quartier. Ils sont, soit admis en salle, soit inscrits sur la liste d'admission pour Berck. L'administration fait procéder à une enquête sur la situation des malades proposées. Ceux-ci sont convoqués devant la commission qui se tient périodiquement aux Enfants Malades ou à Lariboisière; le nombre des malades convoqués devant être égal au nombre des places disponibles plus un tiers.

Les malades de banlieue sont désignés également par les consultations des hôpitaux, mais la préfecture fait faire une enquête sur la situation des postulants, enquête qui double celle de l'A. P. Ils sont ensuite dirigés sur l'un des deux hôpitaux de l'A. P. à Berck.

S'ils sont reconnus indigents ou nécessiteux, ils sont soignés gratuitement par la Ville de Paris, ou s'ils habitent la banlieue par le département de la Seine. Un certain nombre paient une redevance basée sur les salaires et les charges déterminés par enquête.

Les enfants assistés sont entièrement soignés aux frais de l'A. P. jusqu'à l'âge de 21 ans.

Les étrangers malades privés de ressources, étaient assimilés aux Français, toutes les fois que le gouvernement avait passé un traité d'assistance avec leur nation d'origine. Jusqu'en 1935, le nombre de ces pays s'élevait à 6 : Italie, Pologne, Belgique, Luxembourg, Espagne, Suisse. Une circulaire ministérielle du 5 décembre 1935 étend les bénéfices de la loi du 15 juillet 1893 à tous les tuberculeux étrangers indigents, sans distinction de nationalité.

Telle est dans son ensemble la loi de l'A. M. G.

Il faut reconnaître qu'elle constitue à coup sûr un avantage pour les indigents et que, théoriquement, elle semble répondre à tous leurs besoins. Mais si elle satisfait le législateur, elle apparaît aux praticiens comme manifestement insuffisante, et susceptible de nombreuses critiques.

1) FORMATION DES LISTES DES ASSUJETTIS.

La formation des listes dépend essentiellement de certains membres du conseil municipal, ou de quelques employés de mairie, comme le secrétaire, qui sont chargés de les établir.

Si dans l'ensemble, ceux-ci comprennent l'importance de leur tâche, il arrive souvent que, par manque d'humanité ou de compréhension, ils se refusent derrière la rigidité de la loi, qui comporte trop de limitations. On refuse alors toute assistance à des indigents de fait, vraiment privés de ressources, mais qui se trouvent propriétaires d'une bicoque, d'un lopin de terre, de revenus inexistants. Cela est d'autant plus frappant que ces barrières tombent avec quelque facilité sous l'effet d'influences politiques ou de soucis électoraux.

Les communes ont évidemment tout intérêt à réduire au possible le nombre de leurs indigents, et il en existe qui, très pauvres sont écrasées par leurs charges, fonds de chômages, assistance gratuite, etc... La formation des listes se heurte alors, quelle que soit la bonne volonté du conseil municipal, à des impossibilités matérielles angoissantes. Il lui est légitime dans ce cas, de demander au département, le complément d'assistance nécessaire.

2) LE DOMICILE DE SECOURS.

La réglementation du domicile de secours donne parfois naissance à des inconvénients inattendus. Il arrive en effet que les malades indigents, venus dans

les communes centres de cure, pour y être traités, y établissent après leur guérison, leur résidence définitive.

Ils y acquièrent donc un domicile et, en cas de récidive, tombent à la charge de leur nouvelle commune. De là des frais excessifs pour un budget local restreint et fort peu élastique.

3) ADMISSION DES MALADES DANS LES CENTRES DE CURES.

Dans le fonctionnement actuel, de la loi, l'admission du malade se trouve en fait prononcée par le Préfet ou par son délégué, c'est-à-dire par un représentant de l'administration.

Il en est de même du choix de l'établissement de cure. Si le Préfet se conforme généralement aux indications du médecin qui a délivré le certificat, il arrive parfois qu'il prendra une décision différente, inspirée par des considérations budgétaires, c'est-à-dire étrangères ou même contraires à l'intérêt du malade. Le naturel souci d'économie des services d'assistance, les conduit parfois, à s'adresser, pour une différence de quelques francs par jour, à des établissements médiocres.

Pour parer à tous ces inconvénients, lourds de conséquences, il serait à souhaiter, comme nous le redirons plus loin, que le choix du centre de cure, fut toujours effectué par le médecin spécialisé du centre de dépistage et de triage départemental, infiniment mieux placé pour diriger le tuberculeux osseux sur l'établissement qui lui convient.

LOI DES ASSURANCES SOCIALES

La loi du 5 avril 1928 sur les Assurances Sociales est appliquée constamment pour les tuberculeux ostéo-articulaires; au titre d'assurance-maladie prolongée par l'assurance-invalidité. Cette loi divise les ressortissants en assurés sociaux indigents bénéficiant de l'A. M. G. et en assurés sociaux non indigents. Les bénéficiaires sont : l'assuré, son conjoint, homme ou femme, et ses enfants à sa charge ou pupilles de la nation non salariés dont l'assuré est le tuteur, lorsqu'ils sont âgés de moins de 16 ans. Il faut cependant excepter le conjoint d'un ou d'une assurée obligatoire, lorsque ses bénéfices commerciaux déclarés, ou son salaire, dépassent le maximum prévu.

Nous ne nous occuperons ici que de deux questions importantes : celles de l'hospitalisation et celle de l'invalidité des assurés sociaux.

L'assuré bénéficie, sur l'ordonnance de son médecin traitant, et après examen du médecin contrôleur, d'un traitement dans un établissement de cure qui a passé une convention avec la caisse à laquelle il est affilié. Il semble qu'au début de la mise en application de la loi, beaucoup d'établissements de qualité médiocre ont été agréés à la suite d'enquêtes insuffisantes. Mais depuis, les caisses d'Assurances So-

ciales font un effort pour limiter les sanatoria au sujet desquels elles ont reçu des plaintes, et qui n'ont pas donné entière satisfaction. Cette œuvre de sélection n'est certes pas encore achevée, mais il est heureux de constater que dès aujourd'hui le contrôle se fait de plus en plus sévère.

Si l'assuré désire s'adresser ailleurs qu'aux établissements agréés par les caisses, il aura à supporter personnellement les frais supplémentaires qui pourront résulter de son choix. La caisse le considère alors comme non hospitalisé, et lui accorde le seul bénéfice de l'assurance-maladie.

Les tarifs d'hospitalisation supportés par les caisses, abstraction faite des honoraires médicaux, ne peuvent dépasser les tarifs appliqués dans les établissements de l'A. P. à l'égard des malades payants.

Tout assuré non rétabli au bout de six mois, temps maximum couvert par l'assurance-maladie, et justifiant d'une affection ou d'une infirmité réduisant au moins d'un tiers sa capacité de travail, a droit, d'abord à titre temporaire, puis s'il y a lieu à titre définitif, à une pension d'invalidité. La pension temporaire a une durée de 5 ans.

Ce qui est important pour les malades atteints de tuberculose ostéo-articulaire, c'est qu'il est souvent difficile de poser un diagnostic certain dès le début de la localisation, et pour beaucoup, ce n'est que peu de temps avant l'expiration des 6 mois de maladie que la nature de l'affection est précisée. Le malade passe alors à l'assurance-invalidité et est hospitalisé

à ce titre, sans avoir pu bénéficier des avantages de l'assurance-maladie.

Les prestations en nature restent les mêmes, la caisse verse au sanatorium agréé les mêmes tarifs d'hospitalisation, mais les prestations en espèces sont beaucoup moins avantageuses. Si la pension d'invalidité peut atteindre 4.800 fr., elle peut parfois ne pas dépasser 600 francs lorsque l'assuré n'a pu cotiser deux années de suite. Dans ce cas elle est nettement insuffisante, et le malade tombe forcément à la charge de l'A. M. G.

Les Assurances Sociales peuvent-elles intervenir et dans quelle mesure, pour orienter le malade ? Dans l'idée primitive du législateur, les Assurances Sociales étaient une organisation d'assistance ayant pour objet de couvrir simplement les risques de maladie, sauf le minimum nécessaire pour éviter les abus, mais le jeu même de la loi a montré que dans la plupart des cas, l'intérêt des caisses s'identifiait avec celui du malade. Les caisses ont donc été amenées, sinon à influencer celui-ci quant au choix du médecin traitant, du moins à collaborer de très près avec avec ces derniers. Il est à remarquer d'ailleurs que parmi les malades, les tuberculeux osseux constituent un des groupes pour lesquels cette identification des intérêts heurtera le moins ceux du médecin traitant. Celui-ci en effet, admet facilement que, le diagnostic posé d'une tuberculose osseuse, implique fatalement, soit le départ vers un centre climatique, soit tout au moins une longue hospitalisation — n'oublions pas

qu'il s'agit d'assurés sociaux c'est-à-dire de malades ayant des moyens matériels réduits, et ne pouvant par conséquent, assurer les frais d'un long traitement en ville — de son côté, le malade, impotent, encombrant pour sa famille, se laissera plus facilement persuader de la nécessité d'une immobilisation dans un milieu favorable.

Enfin, ici, plus que partout ailleurs peut-être, les intérêts de la caisse sont solidaires de ceux du malade. Il s'agit en effet d'affections de très longues durée, se terminant souvent par une incapacité résiduelle définitive, mais qui restent éminemment curables sous la double condition d'un dépistage précoce et d'un traitement correct dès le début. Les caisses ont donc tout bénéfice à s'imposer des sacrifices immédiats importants, qui se traduisent en définitive, par une économie sur la durée de la maladie et le pourcentage de l'invalidité.

PENSIONS MILITAIRES

Le guide-barème des invalidités, applicable au titre de la loi du 31 mars 1919, prévoit le taux de 100 % dans tous les cas de tuberculose pulmonaire, cliniquement, radiologiquement, ou bactériologiquement confirmée, cela en vue d'assurer par le repos et les soins indispensables, le traitement nécessaire.

De plus, une indemnité spéciale « de soins aux tuberculeux » dont le montant s'élève actuellement à 10.000 francs, est allouée à tous les tuberculeux pulmonaires en *évolution* à la triple condition qu'ils ne soient pas hospitalisés, qu'ils ne travaillent pas, et qu'ils se soignent sous la surveillance des organismes anti-tuberculeux.

Pour la tuberculose osseuse, le barème varie selon que les lésions sont ou non consolidées. Si elles ne sont pas consolidées, et quelle qu'en soit la localisation, la tuberculose osseuse entraîne automatiquement un pourcentage d'invalidité de 100 % et les malades perçoivent l'indemnité de 10.000 francs. Lorsque les lésions sont consolidées, le pourcentage attribué est celui qui correspond à l'invalidité réelle; de plus pour tenir compte de la nature particulière de l'affection, ce pourcentage est majoré de 10, 15, 20 % suivant que l'intéressé est tenu à plus ou moins de ménagements.

Il n'est évidemment pas alloué d'indemnité spéciale à ces tuberculeux consolidés puisque celle-ci n'est donnée qu'aux tuberculeux en évolution. Tous cependant ont droit aux soins gratuits prévus par l'art. 64 de la loi du 31 mars 1915.

Les malades soignés à ce titre, peuvent à leur gré se faire soigner dans un établissement privé ou public, ou bien se traiter en complète liberté. La cure dans un établissement public ou privé ne présente aucune particularité spéciale; il serait seulement à souhaiter que tous les grands malades acceptent d'être ainsi soignés. La mentalité française, qui répugne à la discipline collective qu'imposent dans leur fonctionnement actuel les hôpitaux est cause que trop de grands malades osseux se soignent chez eux, dans des conditions hygiéniques souvent déplorables.

Notons à cet égard que les soins de ces malades nécessitent parfois un grand nombre de visites et de pansements. Les commissions tripartites chargées de contrôler l'application de l'art. 64 de la loi sur les pensions militaires ne le perdent-elles pas de vue et reconnaissent-elles toujours largement les exigences légitimes des malades ?

On voit donc que dans l'ensemble les lois d'assistance, préoccupées par la lutte contre la tuberculose en général, n'hésitent pas à allouer quelquefois des indemnités importantes. L'exemple typique est celui des pensionnés militaires qui touchent en plus d'une invalidité de 100 % une indemnité de 10.000 francs destinée à leur permettre les soins indispensables.

Sans vouloir empiéter sur la liberté individuelle du malade (libre choix du médecin par exemple) il serait à souhaiter que de telles indemnités ne soient accordées qu'aux malades qui se soignent effectivement. Il est en effet déraisonnable de penser qu'un malade osseux puisse régler son temps et son activité à sa guise !

Nous venons de résumer les dispositions des lois intéressant les malades atteints de tuberculose ostéo-articulaire, et nous avons signalé en passant dans quelles directions il importe de les perfectionner. L'essentiel c'est que : quel que soit le régime administratif auquel est soumis le malade, il ait automatiquement la possibilité de se soigner dans un centre climatique répondant à ses besoins ¹.

Tel est le principe sur lequel tous les esprits devraient être d'accord et que l'on voudrait voir entièrement réalisé. Encore faut-il tenir compte à la fois de la catégorie clinique à laquelle appartient le malade et des possibilités régionales que l'on pourra mettre à sa disposition. Il serait bon de rappeler les ressources climatiques qu'offrent du point de vue de la tuberculose osseuse, les différentes régions de la France.

Il faut distinguer parmi les régions maritimes :

La Manche Septentrionale sur laquelle le centre de Berck s'est acquis à juste titre une réputation mondiale.

La Manche Occidentale au climat moins rude avec quelques brouillards et une luminosité moindre (Roscoff).

L'Atlantique Nord, au-dessus de l'embouchure de la Loire (Kerpape) qui jouit d'un climat égal et doux.

L'Atlantique Sud, et toute la région landaise au climat si spécial (Labenne).

(1) Actuellement, 15.000 lits environ sont à la disposition des malades osseux ou ganglionnaires.

La Méditerranée en fin (Vallauris).

A côté de ces régions maritimes, les grandes chaînes de montagnes, Pyrénées, Alpes et Vosges, offrent des ressources certaines pour les tuberculeux qui en plus de leurs lésions osseuses, présentent des localisations pulmonaires, ou bien épididymaires, ou rénales, ou péritonéale. Or on n'y rencontre qu'un seul établissement, celui des Escaldes dans les Pyrénées Orientales.

Voyons maintenant comment il convient d'envisager la répartition des malades d'après ces différents climats.

On peut schématiquement diviser les tuberculeux osseux en trois grandes catégories.

1) LES OSTÉO-ARTICULAIRES PURS.

Les sujets, porteurs d'une lésion fermée ou même d'une lésion fistulisée, mais sans infection secondaire, ont habituellement un bon état général qui rend tout indiqué le climat marin plus ou moins rude. (Manche, Atlantique Nord).

2) LES OSTÉO-ARTICULAIRES FISTULISÉS SURINFECTÉS.

Ici l'état général est déjà plus atteint ces malades résistent mal au froid ou tout au moins « répondent » moins bien à la rudesse des climats nordiques; l'Atlantique Sud, la Méditerranée, l'altitude moyenne, leur seront conseillé.

3) LES OSTÉO-ARTICULAIRES PRÉSENTANT DES LÉSIONS PULMONAIRES EN ACTIVITÉ OU DE CICATRISATION RÉCENTE.

Le climat marin leur sera formellement interdit.

Dans d'autres cas, il existe en même temps que la lésion osseuse une autre localisation (rénale, épidi-dymaire, etc.) C'est seulement lorsque cette lésion compromet l'état général que la même interdiction doit leur être imposée. Mais il va de soi que tous les degrés cliniques peuvent se rencontrer et que c'est au médecin de juger en dernière analyse.

Cette classification qui est théoriquement très satisfaisante reste encore trop schématique devant les nécessités d'application. Pratiquement on ne peut pas être aussi rigoureux, d'autant plus qu'on aura toujours à compter avec les possibilités matérielles de sujets et de collectivités économiquement faibles. L'organisation des convois de malades se heurterait à des difficultés pratiques considérables; un inconvénient plus important encore serait pour certains malades l'éloignement de leur milieu familial. Cliniquement même, cette conception idéale paraît peu défendable : dans la lente évolution des tuberculoses osseuses, si le changement d'air est vivement recommandé à quelques grands malades dont les fistules ne veulent pas se tarir et dont l'état général ne fait plus de progrès, en raison de l'amélioration inespérée qu'il entraîne parfois, il arrive fréquemment que l'apparition d'une nouvelle localisation, d'une fistule,

d'un début de surinfection, d'une atteinte passagère de l'état général ne soient pas suffisante pour légitimer un déplacement. Sans doute il serait préférable d'adapter sans cesse les indications climatiques à l'état actuel du malade, mais cela obligerait à des transferts trop importants et parfois répétés, alors que, dans la pratique, il est avéré que des précautions sur place suffisent généralement. Rappelons enfin l'intérêt énorme qu'il y a pour le malade à ce qu'il soit suivi pendant toute la durée du traitement par le même médecin spécialisé, ce qui ne saurait être obtenu sans une certaine stabilité, incompatible avec ce système.

Aussi croyons-nous plus conforme à la réalité des faits de poser le problème autrement : ce qui importe surtout, selon nous, c'est la contre-indication climatique; certains malades ne peuvent pas guérir sous certains climats. Ceux-là doivent de toute évidence être orientés vers des régions plus favorables. Pour la majorité des malades l'indication de la station est moins strictement déterminée; pour ceux-là, la création de certains centres régionaux nous paraît concilier tous les intérêts : sous la condition d'un traitement correct, rationnel, entrepris dans une région favorable, ces malades doivent guérir.

Nous envisagerons plus loin la création de ces quelques grands centres, qui répondront aux besoins de la région à desservir, et aux indications particulières du malade.

CENTRES DE DEPISTAGE

Nous envisagerons d'abord, avant de proposer un projet de lutte contre ces tuberculoses dites chirurgicales, l'état actuel du dépistage en France. Ce dépistage se trouve pratiquement confié :

- 1) aux praticiens;
- 2) à l'hôpital;
- 3) à quelques dispensaires.

— Dans l'ensemble, le corps médical remplit son rôle avec une conscience professionnelle à l'abri de tous reproches. Les médecins n'hésitent pas, quand ils en ont la possibilité, à faire appel à un avis qu'ils jugent plus compétent. Mais d'une part, ils n'ont pas toujours dans certains milieux, l'autorité nécessaire pour faire accepter une immobilisation de longue durée, et d'autre part, pour qui a vu les hésitations de nos maîtres devant certains cas, il est fort possible que le diagnostic ne soit pas toujours posé avec la précocité souhaitable.

— Dans les hôpitaux généralement bien outillés, l'examen local et viscéral est poussé très à fond. La lésion étant reconnue tuberculeuse, si l'état du malade exige des soins d'urgence, ou si les conditions d'hygiène de son milieu sont défectueuses, il est hospitalisé. Le plus souvent, on entame des démarches

pour son placement dans un établissement de cure. On sait combien celles-ci sont traînantes, et l'on comprend alors que le chirurgien, dans la louable intention de hâter la guérison, décide d'intervenir. C'est ensuite que le malade est envoyé dans un sanatorium considéré alors comme un centre de convalescence ou mieux encore, comme un centre de placement.

— Quant aux dispensaires privés, ils ont également la tendance regrettable de vouloir traiter eux-mêmes les tuberculeux osseux, soit à domicile, soit dans leur clinique annexe. Sans doute font-ils de leur mieux et n'entreprennent-ils le traitement que devant les difficultés du placement, ou devant l'opposition formelle de la famille à l'éloignement du malade ?

On voit donc le manque de coordination des méthodes actuelles de dépistage. Il nous semble utile au contraire d'insister sur la nécessité de centraliser tous les efforts.

Examinons d'abord un point qui nous paraît d'importance capitale : quelle que soit la loi dont il relève, A. S. A. M. G. Art. 64, le malade doit toujours être examiné par un chirurgien compétent ou spécialisé. Ce sera le rôle du médecin traitant de le diriger vers celui-ci dès qu'il le jugera nécessaire. Ainsi sera évité, sinon de grosses erreurs diagnostiques, du moins un certain temps perdu dans la reconnaissance de l'affection. Si le médecin traitant sait qu'il a à sa disposition dans le département une consultation spécialisée, il n'hésitera pas à y adresser les malades atteints d'une arthrite indéterminée, d'une hydarthrose, d'un

ganglion suspect. Cet examen par le consultant peut sans doute ne pas donner une réponse « infaillible », mais il apportera du moins le maximum de garanties. On ne verrait plus arriver dans les sanatoria osseux des tuberculeux authentiques qui ont subi six mois de mécanothérapie; ne seraient plus considérées comme tuberculeuses, ces arthrites banales auxquelles nous devons des statistiques trop brillantes, non pas tant pour les statistiques, encore qu'elles risquent de faire illusion à certains, mais pour le malade, qui une fois catalogué, reste trop longtemps sous une étiquette fâcheuse.

Voyons maintenant dans quel cadre ce consultant pourra travailler avec le maximum de rendement.

Le mieux serait, à notre avis, d'utiliser une organisation déjà existante mais en l'adaptant aux besoins qu'implique le dépistage de la tuberculose ostéo-articulaire, ce qui permettrait à la fois une grande économie et une mise en œuvre plus rapide. Dans cet ordre d'idée, on pourrait envisager soit l'hôpital, soit le dispensaire anti-tuberculeux.

Dans l'esprit de beaucoup, la consultation chirurgicale de l'hôpital serait la solution la plus simple. Disons tout de suite que nous n'envisagerons pas les choses de cette manière : en effet, l'hôpital pourrait être propice au dépistage s'il savait contenir son activité dans de justes limites; il ne devrait jamais devenir un centre de traitement.

Dans l'état actuel des choses, le chirurgien d'un

hôpital est naturellement porté à assumer lui-même toute la conduite du traitement : appareils plâtrés, indications opératoires, interventions, traitement éloigné.

Or, si opposé que nous soyions à la spécialisation excessive en matière médicale, nous avons rapporté de notre séjour à Berck l'impression que la tuberculose ostéo-articulaire doit constituer, au sein de la chirurgie générale, un chapitre relativement autonome. A moins de vouloir s'y spécialiser, internes et externes font rarement à Berck un séjour de plus de six mois ou un an, insuffisant pour dominer les problèmes complexes que pose une évolution essentiellement variable et caractérisée par sa longue durée.

De tels chirurgiens non spécialisés feront d'excellents agents de dépistage et d'orientation, et c'est à eux qu'il convient de confier ce rôle délicat. Mais ils devront, dans notre plan, savoir résister à un naturel désir d'initiative sur le terrain proprement thérapeutique. Si brillantes que soient leurs qualités opératoires — et il n'est pas difficile d'opérer correctement un mal de Pott — les conditions mêmes de leur activité professionnelle vont à l'encontre de leur bonne volonté : milieu hospitalier souvent défavorable, impossibilité de réaliser dans un service de chirurgie générale la discipline nécessaire si spéciale aux tuberculeux osseux. Il en résulte que le chirurgien, obligé malgré lui de se désintéresser de tout le côté médical du traitement, en arrive souvent à considérer celui-ci comme devant ou pouvant céder le pas à

la chirurgie. Après quoi le malade devient un chronique encombrant, et l'on pense à l'orienter vers un climat plus favorable. On voit souvent arriver à Berck des sujets opérés dans les meilleures intentions avec l'espoir d'une guérison plus rapide, et ce ne sont pas toujours ceux qui donnent le moins de déboires.

Cette réforme de la mentalité chirurgicale ne nous paraît pas impossible à obtenir, à la condition que le chirurgien sache que, par son abstention même, il contribue à une œuvre commune. Dans le domaine de la tuberculose pulmonaire, on ne saurait trop louer les praticiens de leur admirable esprit de compréhension, qui les porte de plus en plus à collaborer avec les dispensaires et les centres spécialisés.

Les chirurgiens eux-mêmes savent, quand il faut et pour ne citer qu'un exemple, orienter un cancéreux vers le radium-thérapeute. Le jour où l'admission d'un osseux dans un sanatorium ne se heurtera plus à d'irritantes lenteurs administratives, ils sauront renoncer à des interventions qui ne sont souvent qu'un pis aller.

Aussi croyons-nous préférable d'utiliser le dispensaire anti-tuberculeux pour cet effort de dépistage et de triage.

De nombreuses raisons militent en faveur de cette préférence.

Le dispensaire, en effet, constitue déjà un organisme bien défini, bien expérimenté, et dans la pleine possession de ses moyens. Les services qu'il a déjà rendus l'ont fait apprécier non seulement par les mé-

decins, mais par le public lui-même qui ne met aucune réticence à lui demander ses conseils. D'autre part, conçu d'emblée comme un des éléments de la lutte anti-tuberculeuse son action ne reste pas isolée, et il agit en liaison intime avec toutes les autres institutions sociales. Aussi se montre-t-il éminemment souple, adaptable aux besoins des malades. Enfin, si pénétré qu'il soit de l'importance de son rôle, il se maintient strictement dans les limites qu'on lui a assignées et ce n'est pas là un de ses moindres avantages.

Aussi ne pensons-nous pas l'opposer à l'hôpital : c'est un centre médico-social qui ne doit pas faire concurrence ni à l'hôpital ni au praticien, mais apporter à l'un et à l'autre son organisation sociale et la compétence de son personnel spécialisé.

Vis-à-vis du malade, son action est bienfaisante du fait qu'elle est continue, prolongée, et qu'elle s'étend sur son entourage. Le dispensaire constitue un soutien moral et souvent pécuniaire pour le malade et pour sa famille; il leur conseille et leur facilite les démarches à faire pour parer à leur situation (admission à l'A. M. G. par exemple).

Le malade une fois guéri, n'est pas perdu de vue; dans la mesure de ses moyens, le dispensaire s'attache à lui éviter cette sensation d'isolement si pénible. Il le met en relation avec les associations de récupération, de placement, les écoles d'orientation professionnelles, etc...

N'oublions pas pour terminer, que la tuberculose

osseuse fait partie du problème général de la tuberculose : les malades se recrutent dans le même milieu, et le dispensaire paraît tout indiqué pour dépister, dans l'entourage des pulmonaires qu'il suit, une lésion osseuse à son début. En retour, une enquête menée autour d'un mal de Pott pourrait révéler l'existence d'un toussEUR chronique et négligé. Ainsi s'ébauchera une centralisation que nous voudrions de plus en plus effective, et qui, partie du dispensaire, devrait atteindre toute l'organisation anti-tuberculeuse.

ORGANISATION DU CENTRE DE DEPISTAGE

CENTRES DÉPARTEMENTAUX.

Nous envisageons pour chaque département une consultation d'orthopédie faite dans un dispensaire existant dans l'agglomération la plus importante (chef-lieu) et relevant, bien entendu, soit de l'Office départemental d'Hygiène Sociale prévu par l'art. 10 de la loi du 1^{er} avril 1916, soit du Comité départemental d'Hygiène Sociale et de préservation antituberculeuse qui bénéficie des mêmes avantages. Cette consultation aurait lieu une ou deux fois par semaine, selon l'importance du centre.

Elle doit demeurer dans l'esprit du chirurgien consultant le point de départ du malade osseux pour un centre de traitement, aussi ne doit-elle présenter qu'un équipement d'urgence :

- Une salle d'attente communiquant avec le bureau de l'infirmière visiteuse, qui prépare la première fiche médeco-sociale du malade.
- Un cabinet de consultation.
- Une salle de radiologie.
- Une salle de plâtre.
- Un matériel de petite chirurgie, car le dispensaire doit être en mesure de donner quelques soins

d'urgence : ponction d'abcès dont l'opportunité empêche la fistulalion qui rend le pronostic plus réservé, appareils plâtrés d'immobilisation pour éviter les traumatismes sur l'articulation malade et la douleur pendant le transport.

Le personnel médical comprendra :

a) Le Chirurgien consultant;

Celui-ci sera choisi parmi les chirurgiens de la région par l'intermédiaire du Syndicat Médical qui, naturellement, tiendra compte des titres acquis et des compétences individuelles. Il n'est pas nécessaire, ainsi que nous l'avons déjà dit, que ce soit un véritable spécialiste des maladies osseuses. Un bon chirurgien habitué à la lecture des radiographies, ayant l'instruction visuelle qu'elle entraîne, peut affirmer avec une suffisante autorité, la nature tuberculeuse d'une lésion, et relever les erreurs, toujours possibles, des praticiens moins avertis;

b) Le radiologiste, doublé d'une infirmière compétente et entraînée à la prise des clichés;

c) Le médecin du dispensaire;

Le chirurgien consultant doit systématiquement diriger le malade qui relève d'un établissement de cure, sur le service voisin de tuberculose pulmonaire, afin qu'il y subisse un examen viscéral complet, avec radioscopie et examen des crachats, si cela semble nécessaire.

Du dossier sanitaire établi d'après les observations recueillies dans les deux services, résultera la proposition du placement pour le centre de traitement

qui paraît le mieux indiqué par les caractéristiques de son climat;

d) Des infirmières visiteuses :

Ces dernières joueront un rôle capital dans le dépistage des maladies osseuses. Au cours de leur enquête dans les familles qu'elles visitent, elles sont amenées à rencontrer des sujets présentant des anomalies du squelette, ou des troubles de l'appareil locomoteur, troubles dont souvent le peu de gravité apparente n'attire pas l'attention de la famille; elles les dirigeront spontanément sur la consultation spécialisée du dispensaire.

Il faut, en vue, de ce bon travail, souhaiter qu'au cours de leurs études elles soient instruites, non pas uniquement des questions pulmonaires, mais de la tuberculose dans toutes ses manifestations.

Au dispensaire il leur incombera le soin de procéder aux interrogatoires et de consigner sur les fiches les renseignements de nature à aider le consultant : (antécédents héréditaires, milieu familial et social).

Elles auront également mission de faire les démarches près des administrations pour effectuer le placement du malade. Les relations médicales seront établies par elles, d'une part avec le médecin traitant sans que rien ne puissent être fait ni être viable, d'autre part avec les centres de traitement, de rééducation et de placement, les hôpitaux de convalescence.

Le réseau préventif de la tuberculose s'étendant aux centres ruraux, la zone d'influence des visiteuses

est très vaste. Elles servent d'agents de liaison entre les dispensaires des chefs-lieux d'arrondissement et les différentes communes qui en relèvent. Nous voyons de suite le travail de dépistage qu'elles sont susceptibles de faire dans les campagnes, au cours de leurs tournées. Elles auront à remplir les formalités nécessaires près des communes pour le transfert des malades indigents sur le dispensaire le plus proche où a lieu la consultation d'orthopédie, lorsque le médecin traitant aura reconnu et certifié la nécessité d'un examen approfondi. par un spécialiste.

La lutte contre la tuberculose ostéo-articulaire aura toute son efficacité et la consultation du dispensaire son plein rendement, lorsque les médecins inspecteurs des écoles, les médecins d'usines, des grandes administrations, d'organismes sociaux comme les caisses de compensation, dirigeront tous les sujets suspects de tuberculose osseuse sur le dispensaire. Car il est bien entendu que le consultant est le seul habilité pour la répartition des malades dans les centres de traitement. Quant aux sujets reconnus par les consultations externes des hôpitaux comme justiciables d'un séjour dans un établissement de cure, leurs dossiers seront transmis au dispensaire par les soins de l'assistante sociale à l'hôpital.

CENTRES URBAINS

La situation se présente un peu différemment dans les grands centres urbains (Paris, Lyon, etc.).

Ces villes possèdent des hôpitaux d'assistance publique, des consultations chirurgicales, des services spécialisés en orthopédie, vers lesquels les médecins traitants orientent leurs malades suspects. Grâce à la compétence de leur personnel médical, à leur outillage perfectionné, à leurs facilités de travail, ces organisations sont parfaites pour poser un diagnostic des lésions à leur début. Le malade est ensuite hospitalisé, et, s'il y a lieu, traité dans le service, puis dirigé sur un des établissements sanatoriaux que les grandes villes entretiennent dans certaines régions (Berck, Giens).

A côté de cette organisation hospitalière, il existe tout un ensemble de dispensaires privés, ayant à leur tête le plus souvent, des médecins compétents, et qui s'occupent du dépistage, et, quand les conditions s'y prêtent, du traitement. Pour ces grands centres, le problème qui se pose, est seulement d'ordre thérapeutique.

Nous avons vu à propos de la situation en province, les inconvénients du traitement à l'hôpital. Ces mêmes inconvénients se retrouvent ici, aggravés par les conditions d'existence plus défavorables encore, et l'impossibilité, à l'hôpital comme à domicile, de réaliser la cure d'air indispensable.

Il faut reconnaître que dans ces grandes villes, la compétence chirurgicale est incontestable, mais l'intervention sanglante n'est qu'un des facteurs du traitement orthopédique. Dans une thèse récente (décembre 1936) et excellemment documentée, une élève de

Berck a apporté une note pessimiste dans le concert enthousiaste des chirurgiens. Selon ses conclusions, le traitement chirurgical, si bienfaisant soit-il, n'est qu'un agent de la guérison et pas toujours le plus important. « Le gros danger du traitement sanglant, dit l'auteur, c'est qu'on lui demande trop, on a tendance lorsqu'on a posé un greffon, à considérer le malade comme devant être guéri dans un délai déterminé, et l'on montre quelque faiblesse à le laisser lever trop tôt ».

Il ne faut pas en effet oublier qu'au moment de l'intervention, il existe souvent déjà des abcès profonds en voie de formation, non cliniquement décelables, ils continuent leur évolution dans des conditions meilleures du fait de l'immobilisation plus rigoureuse, mais il est certain que le lever précoce et l'absence du traitement hélio-marin, constituent pour le malade un véritable danger. Parmi les opérés qui peuvent apparemment rentrer dans la vie normale trois mois après l'intervention (et c'est le délai admis par de nombreux chirurgiens) un certain nombre sans doute, restent guéris, mais combien d'autres complications continuent leur évolution sous le couvert d'une fausse sécurité !

Il n'y a donc en conclusion que des cas d'espèce : l'intervention chirurgicale malgré ses résultats souvent remarquables, n'est qu'une partie du traitement. Celui-ci doit demeurer classique : immobilisation, cure climatique, surveillance prolongée. Bien plus, et les chirurgiens des centres spécialisés le disent avec

insistance, la greffe osseuse non précédée du traitement climatique, est un acte reprehensible, capable des conséquences les plus fâcheuses.

Il est donc à souhaiter que tous acceptent le principe qu'un tuberculeux ostéo-articulaire doit être dès le début soigné en climat favorable. Pour cela, il faut, comme nous l'avons suggéré au sujet de la province, que le chirurgien des grands centres urbains renonce à traiter lui-même, sur place, les malades osseux, et consente à les diriger dès leur dépistage, sur un centre de répartition, reconnu à la fois par l'A. P. et la Faculté de Médecine. Ce centre serait alimenté par les malades s'étant présentés aux consultations des hôpitaux, et aussi par les malades venant de tous les dispensaires privés ou autres. Il serait chargé, après examen, de répartir les sujets dans les centres de cure, suivant un plan aussi uniforme que possible. Pour prendre un exemple, il est évident que pour la région parisienne Berck demeure tout indiqué, il suffirait d'adjoindre à cette station, un sanatorium en montagne pour les malades porteurs à la fois de localisations pulmonaires et osseuses, et d'un établissement dans un climat plus doux, pour les enfants en bas âge; ces deux derniers seraient naturellement situés dans l'une des régions que nous avons prévues (Atlantique sud ou Méditerranée).

CENTRE DE TRAITEMENT.

Il existe actuellement en France un certain nombre de stations spécialisées dans le traitement de la tuberculose ostéo-articulaire.

La plus importante et la plus typique d'entre elles est la station de Berck.

Nous la prendrons comme exemple, d'abord en raison du séjour que nous y avons fait, en suite pour sa réputation quasi mondiale.

Disons tout de suite que depuis quelques années elle n'a plus la place qu'il a longtemps tenue, et à laquelle, nous semble-t-il, elle a droit. Sans qu'on puisse parler d'une diminution de sa réputation, il faut reconnaître qu'un certain nombre de critiques, les unes sourdes, les autres déclarées, s'élèvent actuellement contre cette station. Cela est dû sans doute, en grande partie, au développement de l'individualisme chirurgical; beaucoup de chirurgiens accordant une importance de plus en plus grande à l'acte opératoire et se trouvant de ce fait portés à négliger le traitement climatique.

Ces critiques trouvent leur aliment dans les divergences d'écoles, qui à Berck même, s'opposent parfois les unes aux autres. Pour ne citer qu'un exemple, un grand nombre de chirurgiens parisiens justifient leur intervention en s'appuyant sur l'interventionisme de Berck, mais il ne faut pas oublier que l'acte chirurgical n'est qu'une partie du traitement, et qu'il ne peut prendre sa pleine efficacité que s'il est pré-

cédé et accompagné par la cure héliο-marine et le traitement orthopédique.

Sans doute, nous sommes les premiers à reconnaître, et nous l'avons montré déjà au cours de ce travail, que d'autres régions peuvent présenter un climat aussi efficace, mais il n'en reste pas moins vrai que ces régions favorisées sont sûrement plus salu-
taires aux malades que leur séjour dans un service parisien ou même de proche banlieue.

En ce qui concerne Berck, il présente le gros avantage d'avoir été le siège d'une école remarquable. On sait l'impulsion que des Maîtres tels que MÉNARD ont pu donner à l'étude de la tuberculose ostéo-articulaire, et c'est à Berck que l'on trouve encore les plus brillants de ses élèves. Aussi comprenons-nous mal l'indifférence et les critiques à l'égard de Berck.

Cette station doit demeurer, moyennant quelques modifications, le centre de cure typique que nous prendrons comme exemple. Nous en ferons d'abord une rapide description, puis nous suggérons quelques modifications qui pourraient en améliorer le rendement.

L'idéal serait d'en faire une station extrêmement centralisée, ce qui impliquerait une multiplicité de services communs :

- 1) un lazaret de réception; cet organisme serait chargé de recevoir les malades, de les surveiller pendant le temps habituel d'isolement, période utilisée pour les différentes recherches de laboratoire, pour l'observation médicale. Puis les malades seraient répartis dans les différents hôpitaux de traitement.

2) un laboratoire central.

3) un service de radiologie.

4) un bloc chirurgical pourvu de chambres où les malades recevraient les soins pré et post-opératoires, de pavillons opératoires outillés suivant les progrès actuels. Les différents chirurgiens viendraient y opérer les malades de leurs services respectifs, et surveiller les suites opératoires dans les meilleures conditions de sécurité : personnel compétent et fixe, outillage parfait.

Autour de ces services communs seraient répartis les hôpitaux de traitement pour enfants, adolescents, adultes.

Bien entendu, il serait du plus haut intérêt de prévoir un musée-bibliothèque pour l'iconographie radiologique; des archives pourraient être publiées tous les ans ou tous les deux ans.

Ce plan idéal se trouve à peu près réalisé dans l'organisation de l'A. P. Nous voudrions en somme, l'étendre à toute la station berckoise, mais il est malheureusement difficile à réaliser pour deux raisons :

— l'importance trop grande de la station;

— l'existence de services trop autonomes et organisés de longue date.

Aussi croyons-nous préférable d'envisager ce qui existe et d'en tirer le meilleur parti possible.

ETAT ACTUEL DES CHÔSES.

Nous ne nous occuperons pas ici de la clientèle privée. Beaucoup de malades de situation aisée ont le moyen de se faire soigner dans des maisons de santé confortables où ils continuent à recevoir les soins de leur médecin particulier. Nous envisagerons uniquement les établissements spécialisés et ceux qui se prétendent tels, et qui sont destinés aux ressortissants des grandes lois d'assistance.

On peut schématiquement classer ces établissements en trois catégories :

- les hôpitaux publics;
- les hôpitaux assimilés;
- les établissements privés.

LES HÔPITAUX ASSIMILÉS.

Ce sont des établissements créés par d'importantes associations de secours mutuels ou autres, reconnus d'utilité publique, et qui à ce titre, reçoivent des subventions de l'Etat, du département, ou de la commune. Ils doivent se soumettre aux mêmes obligations techniques et hygiéniques que les sanatoriums publics.

LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS.

Ce sont des établissements créés soit par des collectivités, sociétés ou associations, en dehors des con-

ditions prévues par l'article 1^{er} de la loi du 7 septembre 1919 destinée aux sanatoriums publics et assimilés, soit par des particuliers. Certains d'entre eux sont agréés, c'est-à-dire soumis à un contrôle au moins nominal de l'Etat, les autres demeurent strictement privés, et il est bien regrettable qu'actuellement encore, il puisse s'ouvrir des établissements de cure qui restent en dehors de tout contrôle officiel. Ils ne peuvent d'après la loi, recevoir les malades relevant des services de l'A. M. G., ainsi que les assurés sociaux bénéficiant des tarifs d'hospitalisation qui, ne sont envoyés que dans les établissements agréés, mais un certain nombre d'assurés sociaux désireux de se soigner en *cure libre*, peuvent s'adresser à eux.

En général, les établissements privés agréés, qu'ils soient animés d'une inspiration charitable ou qu'ils soient d'un type commercial, se trouvent toujours devant la même difficulté : soigner convenablement les malades qui se confient à eux suivant un tarif assez faible pour lutter contre la concurrence. Leurs frais généraux sont tels, que pour équilibrer leur budget, force leur est de restreindre leur personnel et d'économiser sur la nourriture et le matériel nécessaire aux bons soins de ces malades osseux. Il serait bon que les établissements agréés fussent, eux au moins, soumis à un contrôle plus opérant de l'Etat et que même la fermeture de certaines de ces maisons de santé, insuffisamment outillées fut envisagée.

Actuellement nous sommes heureux de constater la rigueur des Caisses des A. S. dans le choix des éta-

blissements de cure où elles placent leurs ressortissants, choix basé sur une documentation vérifiée par des enquêtes. Il serait bon que les services de l'A. M. G. se soumissent à cette façon de procéder. Cette rigueur soutenue par le contrôle sévère de l'Etat, limitera le nombre des établissements médiocres.

Pour obtenir un bon rendement de ces organisations privées, un moyen qui nous paraît d'une application facile et d'une efficacité certaine consisterait à unifier les tarifs d'hospitalisation, en tenant compte du prix de revient réel de la journée de maladie et cela sans prêter trop d'attention aux fatales récriminations des services de l'A. M. G.

Il est évident qu'il faudrait envisager des prix de journée différents suivant l'importance et surtout l'état de la lésion. Certains établissements appliquent actuellement le tarif forfaitaire de 15 fr. par jour, (comprenant même l'indemnité du médecin). On conçoit mal la possibilité de soigner correctement à ce prix un malade porteur de nombreuses fistules qui nécessitent des pansements journaliers et importants.

LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS.

Quelques modifications d'ordre intérieur pourraient être parfaites. Le problème matériel pour eux ne compte pas. Leur budget non bridé par un souci d'économie, leur permet, sinon le gaspillage, du moins une très large disponibilité en fait de matériel courant : nourriture, linge, pansements et pharmacie. Ce n'est pas dans ces établissements qu'on renoncera à

un examen de laboratoire, ou qu'on verra négliger, comme cela s'est passé ailleurs, un traitement anti-syphilitique, sous le prétexte du prix de revient.

Le personnel infirmier, de plus en plus sélectionné, est en général, au-dessus de tout éloge. Nous avons connu des surveillantes dont l'abnégation et le dévouement étaient indiscutables, et par ailleurs, longuement habituées à ce genre de malades, elles ont acquis une compétence qui en font de précieuses auxiliaires. Mais malgré leur bon vouloir et leur qualités, elles sont, à de certaines périodes submergées et gagneraient à être doublées. Il leur est difficile de surveiller tout le personnel subalterne qui dépend d'elles et qui n'est pas toujours choisi avec assez de sévérité. Ce personnel désigné aux soins quotidiens de toilette, de nourriture, de surveillance, est en contact constant avec des enfants souvent très jeunes. Il est souhaitable que ces auxiliaires s'occupent avec compréhension, tact et sollicitude, de ces tout petits et contribuent à développer le côté éducatif et récréatif qui, dans l'état actuel des choses est vraiment négligé.

Les médecins ne se sentent pas assez soutenus par l'administration. Il est pénible de constater combien ils se heurtent à des lenteurs non motivées pour l'exécution de certaines de leurs indications, parfois même à une opposition systématique. Que de fois, ils attendent pendant des mois la livraison d'appareils courants, tels que cadres, gouttières, spiromètres. Que de fois leur oppose-t-on des refus injustifiés quand il s'agit d'améliorations de service, ou de l'augmenta-

tion par exemple du personnel. On a trop l'impression sinon d'une mésentente véritable, entre les chefs de service de l'administration centrale, du moins d'un défaut de cohésion qu'un peu de bonne volonté de la part de cette dernière, suffirait à éviter. Il serait utile d'assouplir les rouages d'une administration trop lente à se mouvoir. On voit dans certains établissements assimilés ou privés, les bienfaits d'une organisation soumise à l'autorité médicale, et qui permet, malgré des moyens financiers quelquefois moins bons, une constante adaptation du matériel aux besoins, c'est-à-dire des résultats meilleurs.

CONCLUSION.

Nous voyons donc que, sous réserve de quelques modifications, en somme faciles à réaliser, on trouve à Berck des grands établissements possédant tous les éléments nécessaires pour un fonctionnement excellent. La grosse question revient donc à éliminer certains petits établissements qui, quoiqu'on dise, sont dans l'impossibilité de présenter des garanties suffisantes. C'est là dira-t-on peut-être, une atteinte à la liberté individuelle, lésant à la fois l'initiative privée des chefs d'entreprise, et le libre choix du malade. Il est pourtant incontestable, que si les collectivités consentent aux sacrifices financiers que l'on sait, elles ont le droit d'exiger du malade l'utilisation la plus efficace des prestations qu'elles lui accordent.

CENTRE TYPE

La suppression de certains sanatoria entraînerait vraisemblablement, la création de nouveaux établissements que l'on voudrait voir organiser selon les initiatives prises dans les différents hôpitaux spécialisés pour les osseux, tant en France qu'à l'étranger.

Chacun d'eux, si l'on conçoit ainsi les choses, abritera un nombre de malades suffisant pour légitimer l'existence de certains services indispensables : lazaret d'isolement, laboratoire, salle de radiologie, pavillon opératoire.

Il est à peine besoin d'insister sur la nécessité de ces services ni sur leur agencement. Il est évident que le pavillon opératoire compotera des chambres d'isolement pour les opérés récents, son personnel propre, des sections séparées pour les malades septiques et les aseptiques. Les salles de traitement seront vastes; aérées, et d'un accès facile sur les galeries de cure. Elles seront soumises à la même distinction entre septiques et aseptiques et parmi ces derniers il nous paraît logique et indispensable de ranger les fistulisés récents non encore infectés. Le voisinage de ceux-ci avec les malades porteurs d'une lésion fermée ne comporte aucun danger, alors que le risque de surinfection devient considérable dans une salle de

grands suppurants, quelques précautions que l'on prenne.

La séparation entre enfants et adultes est indiscutée. Nous ajouterions volontiers des salles d'adolescents. Il est lamentable en effet de voir un enfant de quatorze ou quinze ans, parfois resté très jeune du fait d'une longue hospitalisation, subitement transféré dans une salle d'adultes dont il ne peut comprendre la mentalité.

Une chose qui nous paraît également à conseiller, serait la séparation entre les malades couchés (coxalgies, Pott, etc...) et les malades convalescents, et même porteurs de lésions autorisant la marche (ganglionnaires, lésions du membre supérieur). Cette division qui existe dans certains établissements organisés (Maritime, Franco-Américain, etc...) devrait se retrouver partout. Elle permet de mettre de l'ordre dans le traitement, d'atteindre à une discipline que le grand nombre de malades rend aussi indispensable que malaisée à appliquer.

Le personnel sera suffisant en qualité et en quantité, recruté avec soin, parmi des candidats présentant toutes les garanties.

Il serait bon que chaque infirmière fut toujours désignée pour un même genre de soins, de façon à y acquérir une compétence et une autorité suffisantes. Cette désignation serait faite, non par l'administration mais par le médecin, seul capable d'apprécier ses services. Une grande question à résoudre est celle des remplacements (congrés hebdomadaires, vacances,

maladie). Il importe que le personnel de roulement chargé des remplacements, puisse doubler efficacement le personnel absent.

Il faudra adjoindre aux infirmières des masseuses spécialisées auxquelles sera confié le soin de faire récupérer aux malades les mouvements des articulations saines, mais enraidies par une longue immobilisation.

Nous n'insisterons pas davantage sur cet aspect purement médical, technique, ayant uniquement pour objet la guérison organique de la lésion. Nous nous occuperons surtout de la grande lacune, qui, dans presque tous les établissements, fait du malade guéri, *un désadapté*. C'est là tout un côté moral, éducatif, et récréatif à la fois, qui a été complètement négligé. Parallèlement au traitement médical, il faut en effet poursuivre deux objets : instruire les malades et les distraire, dans une ambiance favorable au développement de leur vie intérieure. Cette préoccupation doit exister dès l'entrée du malade dans l'établissement. Il ne devrait y avoir de temps perdu que pendant les journées post-opératoires, et les poussées aiguës. Dès que l'état général le permet, l'apathie doit être partout combattue, la patience que l'on demande au malade ne devrait pas le conduire à la paresse. Durant cette phase de leur traitement, il ne saurait être question bien entendu de les obliger à un travail productif et continu, il s'agit seulement de les occuper moralement, de les distraire, et cela en tenant compte de leur âge et de leurs dispositions individuelles.

Le personnel médical sera plus nombreux qu'il ne l'est actuellement dans la plupart des établissements. Un des reproches que l'on puisse faire en effet à l'organisation existante, est l'absence presque générale de médecins résidents ¹.

Le rôle de celui-ci ne saurait être négligé. On tend de plus en plus à rendre le poste de médecin résident obligatoire dans les sanatoria pulmonaires et même dans les préventorium de l'Etat, à plus forte raison en voyons-nous la nécessité dans les établissements consacrés aux malades osseux, qui réclament une surveillance continue, tant au point de vue du traitement général que du traitement orthopédique. Celui-ci est fait d'une série de petites attentions : le maintien des plâtres en position correcte, la surveillance des moindre accidents cutanés qui peuvent apparaître sous le plâtre, la mise en bonne position d'une cale de réduction, la protection des membres inférieurs sous un cerceau, le contrôle de l'efficacité d'une extension continue, la surveillance des pansements qui d'ailleurs, gagneraient à être faits par un médecin, au moins tant qu'ils sont aseptiques. Sans doute pourrait-on confier tous ses petits soins à des infirmières, mais celles-ci n'ont pas toujours près de l'administration l'autorité suffisante pour obtenir le matériel indispensable, et ne peuvent pas savoir qu'une indication remplie « à peu près » peut être inutile et même néfaste.

(1) Exception faite des établissements de l'A. P. où ce rôle est tenu par les internes.

La solution actuelle est de confier ce rôle de surveillance à des chirurgiens et à leurs assistants, qui font une visite quotidienne, et sont appelés en cas d'urgence. Solution manifestement insuffisante, car, quelle que soit leur conscience et leur bonne volonté, ils ne peuvent assurer une surveillance efficiente simultanément dans plusieurs établissements, dans les heures de liberté que leur laisse leur clientèle privée.

L'unification des prix de journée, pour tous les établissements de cure suivant le principe que nous avons déjà présenté permettrait de rétribuer suffisamment un médecin résident, travaillant sous les directives du chirurgien lequel resterait indemnisé suivant les usages actuels.

Le recrutement de ces résidents se ferait comme pour les sanatoria pulmonaires, par concours ou par épreuves sur titres.

LES ENFANTS.

L'obligation scolaire est édictée par la loi du 28 mars 1882 (art. 4) qui rend l'instruction primaire obligatoire pour les enfants des deux sexes de 6 à 13 ans révolus ? Un décret en date du 12 août 1936 porte à 14 ans cette obligation.

Un groupe d'infirmières institutrices, comme il en existe déjà à l'hôpital Maritime, ou mieux encore d'institutrices spécialisées, prépareront les enfants au certificat d'études primaires, et feront pour ceux qui auront réussi des cours de perfectionnement.

La méthode d'éducation que nous préconisons, s'appuyerait sur les principes du scoutisme et du guidisme, tels qu'ils sont appliqués dans certains hôpitaux privés de Berck depuis 1927, principes dont l'influence est très heureuse, car ils donnent aux jeunes malades le goût de la discipline librement consentie, et un sens social très juste.

Nous demanderons en outre pour eux, la création d'un groupe de monitrices aux jeux, qui, pendant les heures de loisirs, se substitueront aux infirmières soignantes. Ces dernières, malgré leur dévouement bien connu sont dans l'impossibilité de s'occuper des enfants de leur salle, à chaque instant de la journée, et il est pénible d'observer de ces petits malades, condamnés à l'immobilisation, et attachés sur leur cadre, demeurer des heures entières en pleine inertie, en plein engourdissement.

Ces monitrices, d'après l'âge de l'enfant et d'après son infirmité, lui apprendront des jeux appelés à le distraire, tout en développant ses facultés intellectuelles, et l'intéresseront à des menus travaux manuels et à des petits bricolages, faciles et peu fatigants.

Rappelons ici le rôle récréateur du cinéma chez les jeunes enfants (films comiques, dessins animés, etc.). Il suffirait d'un choix judicieux de films documentaires et facilement accessibles pour en faire un instrument éducatif de premier ordre. De tels films remplaceraient avantageusement les spectacles composés d'intrigues sentimentales d'une bêtise attristante, que l'on distribue sans choix dans les principaux hôpitaux.

LES ADOLESCENTS.

La question de l'apprentissage se pose pour les enfants de 14 à 18 ans. Il convient, au préalable, de déterminer les aptitudes de ces sujets par une orientation professionnelle bien comprise, de leur faire prendre un métier convenant à leurs dispositions, à leur état de malades, et à la diminution physique qui résultera de leurs lésions.

Certains seront appelés à poursuivre leurs études en vue de carrières libérales ou d'emplois de bureau, les autres apprendront les tous premiers éléments du métier manuel pour lequel ils semblent doués; leur séjour à l'hôpital de traitement sera pour eux la période de pré-apprentissage. Ils seront, après avis médical, et sous la direction de moniteurs techniques, obligés de consacrer plusieurs heures par jour à cette occupation; ainsi initiés, ils profiteront amplement de l'instruction qui leur sera donnée dans les centres de convalescence.

ADULTES.

On doit combattre par tous les moyens, les heures grises durant lesquelles le malade adulte songe à la longue durée de son affection, à la diminution physique consécutive; moments pénibles où le moindre incident prend des proportions dramatiques, et rend la discipline aussi difficile à supporter qu'à appliquer.

Il doit régner dans ces sanatoria l'atmosphère de cordialité et d'optimisme si nécessaire à la vie mo-

rale des malades. Pour créer ce climat favorable, on organisera des cours réguliers, oraux ou par correspondance, traitant de l'enseignement général, de l'enseignement technique, ou de langues vivantes, on s'efforcera de les distraire et de les occuper par de petits travaux manuels non compliqués et n'entraînant qu'une faible dépense musculaire : chemiserie, confection, filet brodé, pantoufles, espadrilles, petit appareil téléphonique, duplicateur, etc... activités ayant pour objet d'intéresser plus le malade que de lui procurer une rémunération, qui, lorsqu'elle existe, ne peut être que faible. La rééducation manuelle ne sera vraiment envisagée que dans les hôpitaux de convalescence dont nous parlerons plus loin.

Le séjour dans les établissements de traitement doit permettre à tous ces malades, enfants, adolescents, adultes, d'acquérir une culture plus vaste, en mettant à leur disposition des conférences éducatives, littéraires, et artistiques, en les intéressant à tous les grands problèmes moraux et sociaux, et en les faisant profiter de séances cinématographiques, récréatives et musicales. Les pratiques religieuses, suivant les différents cultes, devront être facilitées.

L'organisation et le fonctionnement de tout ce plan si souhaitable, exige la collaboration d'un personnel soigneusement sélectionné, tant au point de vue moral qu'au point de vue professionnel. Nous signalons alors toute l'importance du rôle de l'assistante sociale à l'hôpital. En s'occupant des intérêts privés et sociaux des malades, en les reliant à leur famille

et au dispensaire, en les soutenant dans les heures difficiles, elles ont une action des plus bienfaisantes et un rôle dont la répercussion est très grande, au double point de vue moral et économique.

LE CENTRE DE RECUPERATION

Dès son séjour dans le centre de traitement nous avons vu le malade bénéficier d'une aide morale, qui avait pour objet de le distraire, et de lui éviter l'enlissement dans la paresse, enlissement presque fatal pour un malade abandonné à lui-même pendant plusieurs années, dans un repos forcé. Déjà donc, dès le traitement au sanatorium, s'ébauche le système de récupération et d'orientation des sujets guéris, ou tout au moins stabilisés. Cette idée de récupération se fait jour actuellement dans beaucoup d'esprits : il ne suffit pas en effet de guérir des malades, encore faut-il après leur guérison leur donner des moyens d'assurer leur existence dans des conditions normales, et cela, à égalité de chance avec les individus sains. Un effort se dessine de plus en plus dans ce sens et l'on connaît les tentatives heureuses du D^r GUINARD pour les pulmonaires à Bligny ainsi que celle du D^r CALVÉ à Berck.

Nous ne nous dissimulons pas que cette récupération soulève un grave problème social, le problème du chômage, et certains esprit compétents nous ont laissé sous-entendre l'inopportunité de cette tâche. Ce n'est pas au moment où les individus jeunes et valides restent sans travail qu'il devient urgent de

recupérer des activités amoindries qu'on aurait du mal à utiliser. Nous n'avons pas la prétention de résoudre ici cette grave difficulté. Ce que nous voudrions seulement, c'est d'éviter aux anciens malades que l'handicap de leur ancienne lésion ne s'ajoute aux possibilités communes de chômage.

D'ailleurs, il faut compter, du point de vue de la collectivité, que les dépenses engagées dans cette œuvre de récupération se traduiront en définitive par une sérieuse économie, car, remis dans des conditions de travail qui leur permettront d'assurer une existence conforme à leurs besoins (hygiène, confort et surveillance médicale), les anciens malades verront diminuer d'autant leurs probabilités de récédive.

Ce qui se passe aujourd'hui, c'est que le sujet guéri « abandonné à lui-même et privé de tout aide, accepte le premier travail qui s'offre à lui, même trop pénible, même dans des conditions d'hygiène défectueuse (il faut vivre) et de ce fait augmente singulièrement ses chances de rechute » ¹.

Dans ces conditions, le médecin n'a d'autre ressource que d'allonger la durée d'invalidité, naturellement aux dépens des organismes de secours, expédient doublement coûteux puisque de ce fait, il indemnise des sujets qui pourraient à la rigueur travailler, et d'autre part, fait perdre au malade ses habitudes et son désir antérieur d'activité, « lui donnant ainsi une mentalité de petit pensionné dont il sera très difficile de le faire sortir ».

(1) Rapport inédit du Docteur Massé, 1936.

De quelles manières peut-on envisager cette œuvre de récupération ?

N'oublions pas que nous nous intéressons spécialement ici aux tuberculeux osseux. Une fois guéris ou stabilisés, ils se trouvent dans des conditions assez particulières :

1) Ils présentent généralement des séquelles (ankyloses totales ou partielles d'une ou de plusieurs articulations), et cette circonstance leur interdit certains travaux : travaux de force, agriculture, et leur déconseille certains autres suivant leur localisation.

2) Guéris de leurs lésions, ils restent malgré tout des tuberculeux : il ne faut pas oublier que la localisation osseuse n'est que la manifestation d'une maladie générale, et qu'il y a toujours intérêt à leur éviter le séjour continu dans les agglomérations très denses, où ils ne trouvent pas le bol d'air indispensable, et où les conditions de vie sont plus fatigantes.

3) Enfin, bien que tuberculeux, ils ne comportent aucun danger pour l'entourage, et ils se distinguent par là des pulmonaires qui risquent toujours à l'occasion d'une poussée latente, de redevenir contagieux.

Parmi les emplois que l'on tend à réserver aux anciens tuberculeux, en particulier dans les sanatoria, certains qui sont contre-indiqués pour les pulmonaires, semblent devoir revenir de droit aux anciens osseux (cuisine, buanderies, lingerie, personnel de préventorium, ou de sanatorium, etc...)

Nous osons espérer que bientôt sera envisagée la création d'un organisme chargé, pendant toute la du-

rée de la convalescence, de ce travail général de récupération, lequel comprend en réalité trois objets complémentaires, mais distincts suivant l'âge du malade; à savoir, pour l'enfant : l'instruction élémentaire, pour l'adolescent : l'orientation et l'apprentissage pour l'adulte : la rééducation et au besoin, la réorientation.

Les malades traités dans les différents hôpitaux de cure, auraient la faculté d'y demander leur admission, et la possibilité d'être suivie par le médecin ayant assuré le traitement de la maladie. Ils ne pourraient naturellement passer à ce centre de récupération que lorsqu'une surveillance de quelques mois dans les salles de traitement aura confirmé l'arrêt de leur évolution.

Il importe cependant qu'à la tête de cet organisme soit placé un médecin chargé de surveiller l'adaptation constante de leur activité à leur état. On exigerait de lui bien entendu, des connaissances suffisantes des sciences modernes comme la psychotechnie, et la biotypologie.

ORGANISATION DU CENTRE DE RECUPERATION

ENFANTS.

Nous ne dirons pas grand chose de la section réservée aux enfants d'âge scolaire. Leur état local et viscéral étant très amélioré, ils pourront poursuivre leurs études avec plus d'assiduité. Leur section sera organisée selon les principes actuels des écoles de plein air. On leur fera reprendre progressivement une activité normale tout en les obligeant à des heures de repos quotidien, à des promenades, à une culture physique graduée, surtout respiratoire.

ADOLESCENTS.

Leur section sera constituée sous la forme d'ateliers-écoles, analogues à ceux organisés dans certaines grandes villes sous l'impulsion des chambres syndicales.

Du point de vue de la récupération, c'est l'âge où le rendement paraît devoir être le meilleur, car il s'agit de sujets neufs, facilement adaptables, et qui au surplus ne sont pas tiraillés par des soucis matériels et familiaux.

Pris en main dès leur arrivée à l'école par des orienteurs professionnels, et après un examen de con-

trôle, ils seront dirigés sur l'atelier qui leur convient. Ils pourront y apprendre certains métiers n'exigeant pas trop d'efforts musculaires : coordonnerie, certains travaux de menuiserie, serrurerie, ferronnerie, bijouterie, reliure; ceci pour les garçons; pour les filles il faudrait prévoir des ateliers de couture, de coupe, de lingerie, etc... Certains ne se destinant pas à ces métiers manuels, préféreront la sténo-dactylographie ou la comptabilité.

L'accord paraît unanime pour éviter l'agriculture, l'horticulture, que l'on doit réserver plus volontiers aux ganglionnaires.

Comme le plus grand nombre de ces malades stabilisés devraient, de préférence vivre à la campagne, ou tout au moins dans les petites agglomérations il serait intéressant de leur apprendre toutes ces maintes occupations que l'on englobe sous le nom de bricolage : poses de prise de courant, dépannage de postes de T. S. F., petite mécanique, serrurerie etc...

Leurs études professionnelles gagneraient à être dirigées par d'anciens malades qui présenteraient les capacités requises pour assurer un emploi de cette importance.

ADULTES.

Dans la plupart des cas il sera impossible à un adulte de reprendre son métier initial. D'autre part il est difficile après trente ans d'apprendre un nouveau métier. On voit par là combien la question est délicate pour les adultes et par conséquent combien

il s'impose de les aider par la création de ces centres de récupération.

Au vrai, la question ne se pose pas pour tous les malades.

Certains ouvriers peuvent reprendre leur métier antérieur (serruriers, électriciens, cordonniers, etc...) ainsi que la plupart des employés de bureau. Il ne s'agit pour eux que d'un simple réentraînement au travail.

« Une très grosse majorité d'ouvriers se présente sans profession définie : ouvriers d'usines, manœuvres plus ou moins spécialisés. Parmi ceux-ci, quelques-uns, jeunes et naturellement adroits, peuvent être susceptibles d'apprendre un métier. Réserveons leur les apprentissages compliqués. La grosse majorité, semble-t-il, n'est ni perfectible, ni susceptible d'être éduquée. D'ailleurs on n'apprend guère un métier passé la trentaine. Par contre, les conditions modernes du travail en série permettent d'adapter facilement et rapidement, sans apprentissage long et coûteux, un sujet à un travail nouveau. Chaque ouvrier n'exécutant qu'une pièce, ou une partie de pièce, ajustant toujours la même pièce dans les mêmes conditions, s'adaptera facilement et rapidement à cette nouvelle condition de travail.

« Il suffira donc de choisir des travaux, des fabrications ne nécessitant pas d'efforts particulièrement pénibles, d'organiser des ateliers répondant aux conditions d'hygiène nécessaires, pour pouvoir y offrir sans long apprentissage préalable, des conditions de

travail satisfaisantes aux malades consolidées » ¹.

Reste maintenant la catégorie d'ouvriers très spécialisés qui ne sauraient se contenter d'une activité pour ainsi dire mécanique et élémentaire ni non plus changer totalement d'orientation. Ceux-ci fixeront particulièrement l'attention des orienteurs spécialisés, qui, à la lumière des méthodes modernes d'investigation, s'efforceront de leur procurer une occupation la plus proche de leur spécialité, et cependant compatible avec leur séquelle.

Un problème important se poserait : celui de la direction et du financement de l'entreprise. Cette dernière est fragile par définition, car elle n'est pas faite uniquement dans un but commercial.

Il faut donc lui procurer des conditions spéciales de travail, et autant que possible lui réserver certains débouchés. On peut espérer par exemple, que l'ensemble des sanatoria, se fournirait chez elle d'objets usuels tels que : lingerie, chaussures courantes et orthopédiques, espadrilles, etc...

Dans le cas où l'entreprise réaliserait des bénéfices, il importe que ceux-ci reviennent directement et individuellement au malade; il ne faut pas que celui-ci ait l'impression qu'il travaille pour le compte d'autrui. Afin d'éviter, autant la nonchalance du malade que son zèle intempestif, le mieux serait que le produit des ventes fut versé à une caisse commune destinée à fournir, soit des secours à la famille du malade, soit à lui assurer un petit pécule à sa sortie

(1) Dr MASSÉ, *Le Mouvement Sanitaire*, N° 144, Avril 1936.

du centre. Bien entendu, dans ce cas, la gestion devrait accepter un droit de regard des Amicales des malades.

Nous n'insisterons pas davantage sur tous les problèmes que soulève cette intéressante question, et nous ne saurions mieux faire que de renvoyer à l'excellent travail du Docteur MASSÉ, dont nous nous sommes d'ailleurs inspirés, avec sa permission.

L'hôpital de convalescence sera en relation par l'intermédiaire de l'assistante sociale, d'une part avec le dispensaire dont il ne faut pas oublier le rôle de centralisation, d'autre part avec les organismes de placement, tant agricoles qu'urbains, ainsi qu'avec la Chambre Syndicale des Artisans, qui les fait bénéficier de prêts de premier établissement à des taux très réduits.

Il nous semble nécessaire de souligner la force que peuvent acquérir les associations groupant le plus grand nombre de ces diminués physiques; elles seules possèdent l'autorité nécessaire pour présenter les justes revendications de leurs membres, pour obtenir près des services publics et des grandes administrations, des postes réservés au même titre que l'emploi obligatoire des mutilés et réformés de guerre.

Il existe une ligue pour « l'adaptation au travail des diminués physiques ». L'œuvre des « Anciens du Sana » place déjà ses adhérents. C'est ainsi qu'en 1932, 10 osseux, en 1933, 25 osseux, en 1935, 31 osseux ont été mis dans la possibilité de trouver du travail en rapport avec leur état de santé.

Nous voyons tout de suite l'intérêt qu'il y a à orienter et diriger les tuberculeux vers ces grandes associations et c'est le but que se propose l'association nationale des Tuberculeux Civils créé par Mlle Suzanne FOUCHÉ en juillet 1936, dont l'objet est de grouper toutes les Amicales de malades.

Il faut à tout prix ne pas abandonner le tuberculeux osseux au « débrouillage » individuel, et en s'en occupant avec efficacité, lui éviter de penser que la société le jette sur les pavés des grandes villes, sans argent, sans métier, parce qu'il est infirme.

Voici nos malades guéris et remis en mesure de reprendre une existence normale. Les centres de récupération et de placement, auront fait tous leurs efforts pour diriger la plupart d'entre eux vers des régions climatiques favorables (campagne, petites agglomérations de province). Mais il faut prévoir que cette répartition ne se fera pas toujours ainsi, et que beaucoup de malades seront obligés de revenir à leur point de départ, qu'il s'agisse d'enfants auxquels le milieu familial est indispensable, ou des malades consolidés contraints par des intérêts sociaux ou économiques, d'importance capitale. Ces derniers devront être suivis à des échéances plus ou moins éloignées. Cela serait du plus grand intérêt : pour le tuberculeux lui-même, toujours menacé de récurrence ou d'une déformation secondaire : pour le médecin qui pourrait apprécier l'efficacité lointaine de ses méthodes de traitement : enfin pour la statistique générale.

Ce rôle de surveillance nous paraît revenir de droit

à l'organisme central de répartition prévu pour chaque région : pour la province le dispensaire départemental, le centre de clinique orthopédique annexe pour la région parisienne. En ce qui concerne ce dernier, il resterait en étroite liaison avec les centres de traitement. On y retrouverait le double des dossiers, et les médecins traitants de Berck y assureraient une consultation mensuelle, afin de demeurer en contact avec les malades qui désireraient les consulter, et avec ceux dont l'affection les intéressent particulièrement.

Il est certain que tout cet ensemble ne pourrait fonctionner qu'avec l'aide d'une puissante organisation sociale destinée à en assurer les multiples liaisons.

Nous avons plusieurs fois évoqué l'activité bienfaisante des assistances sociales dans la lutte contre la tuberculose pulmonaire, elles sont appelées à jouer un rôle semblable dans la lutte contre la tuberculose ostéo-articulaire.

Pour nous résumer : nous avons essayé de rechercher dans ce travail, quelle organisation plus rationnelle il conviendrait de substituer dans la lutte contre la tuberculose externe, à l'organisation actuelle, déficiente à certains égards.

Nous avons vu au départ de notre système, le rôle important que peut jouer le dispensaire dans le dépistage précoce. Nous avons vu l'intérêt qu'il y avait à centraliser les sujets vers un organisme départemental ou régional de triage, qui les répartirait ensuite, s'il y a lieu, dans des centres spécialisés de traitement. Convalescent ou stabilisé, nous avons vu le malade confié aux soins d'organismes de récupération chargés de les préparer au retour à la vie active, et nous avons montré ce point, selon nous d'importance capitale, que longtemps après sa consolidation, l'ancien tuberculeux osseux doit rester sous une surveillance médicale que nous voudrions aussi stable et aussi constante que possible.

Nous ne prétendons pas, sans doute, que notre travail apporte une solution définitive au problème social de la tuberculose osseuse. Mieux que personne, nous y pressentons les inévitables lacunes que seul mettrait au jour un essai de réalisation.

On nous objectera en premier lieu que notre plan est trop théorique, et par là difficilement réalisable.

Mais nous avons constamment tenu compte dans notre recherche, des réalités existantes pour en dégager, avec le minimum de changements, le projet souhaitable. Au surplus qu'un plan soit théorique, ne nous paraît pas un argument à retenir, car toute œuvre d'ensemble suppose nécessairement des idées directrices.

Un reproche en apparence plus fondé, serait l'énormité des ressources financières à investir. Ici encore, nous avons utilisé dans la mesure du possible, les données existantes. Il est vraisemblable d'ailleurs, qu'au bout de quelques années ces avances indispensables se traduiraient en définitive par une économie, résultant du raccourcissement de la durée d'invalidité et d'une meilleure récupération sociale des anciens malades.

Le plus important, selon nous, serait de réaliser le climat moral indispensable à certaines réformes : tant parmi les malades que parmi les chirurgiens et les collectivités elles-mêmes. Beaucoup nous adresseront des critiques. Nous souhaitons qu'elles soient toutes désintéressées.

CONCLUSIONS

1) Les grandes lois d'assistance doivent permettre l'organisation de la lutte contre la tuberculose dite chirurgicale, qui dans l'armement anti-tuberculeux semble avoir été négligée jusqu'ici.

2) Une organisation rationnelle nous paraît être la suivante :

a) Dépistage précoce dans les dispensaires départementaux et dans les hôpitaux urbains.

b) Après examen par un chirurgien compétent, répartition des malades dans les centres de cure spécialisés, peu nombreux, mais présentant toute les garanties, tant climatiques que chirurgicales.

c) Ces établissements doivent envisager dès le début du traitement la préparation du malade à la vie active (orientation professionnelle, récupération).

d) Après consolidation, les malades resteraient sous une surveillance médicale.

3) Un service social bien étudié assurerait la liaison entre ces différents organismes.

4) Il est probable que le financement de l'outillage

nécessaire se traduirait en définitive par une économie sur la durée d'invalidité et l'incapacité résiduelle.

Vu, Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu, le Président de la Thèse,
L. TANON.

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

DOCUMENTS ANNEXES

A titre documentaire, nous joignons ici un projet de centre de cure, projet longuement étudié par un ancien malade de Berck, architecte D. P. L. G.

Un simple regard jeté sur cet exposé montre que les idées exprimées dans notre thèse, répondent à un besoin évident qui se fait sentir de plus en plus dans le public.

« Destiné au traitement des malades atteints de tuberculose ostéo-articulaire, qui nécessite en général le concours de la chirurgie, de la physiothérapie, de l'orthopédie, le centre, conçu dans un esprit essentiellement pratique, comporte un ensemble de dispositions qui permettent aux malades de poursuivre leur guérison dans les meilleures conditions de confort moral et matériel : c'est-à-dire qu'en outre de l'établissement médico-chirurgical proprement dit, le malade doit trouver de quoi occuper son long séjour en prévision de son avenir individuel et social.

L'établissement central, médico-chirurgical, est prévu pour les trois catégories de malades qu'on est appelé à soigner :

1°) *Les opérés récents* ont besoin d'isolement, de pansements fréquents, de soins particuliers; ils seront

logés dans des chambres à part, attenant au pavillon de chirurgie.

2°) *Les malades couchés* opérés depuis un certain temps ou non opérés, qui ont besoin d'un long séjour comme les précédents; ils seront logés par petites chambres ou en grands dortoirs spécialement aménagés suivant leur état.

3°) *Les convalescents en fin de traitement*, capables de marcher, logés en général dans des dortoirs; ces malades doivent pouvoir se réadapter progressivement de façon à rentrer bientôt dans la vie active. Aussi trouveront-ils une salle d'études, une bibliothèque, quelques ateliers des différents corps de métier, un terrain de culture maraîchère, un terrain de jeux, une salle de spectacles, cette dernière étant accessible à tous les malades, même aux immobilisés en gouttière ».

Nous n'insisterons pas, faute de place, sur le détail du projet, que nous avons longuement examiné. Cette étude montre ce que l'on pourrait réaliser avec un esprit d'organisation, et la connaissance réelle des besoins des malades.

Pour plus de détails on pourrait se reporter utilement à l'excellent travail de M. ACKER, Architecte, qui a bien voulu nous communiquer ses plans.

CENTRE MEDICO - CHIRURGICAL



BIBLIOGRAPHIE

- ANDRIEU. — Rapport sur l'organisation de la lutte contre la tuberculose dans l'armée (1918).
- ARNAUD (Jacques). — L'organisation anti-tuberculeuse en Amérique. *Revue de la Tuberculose*, N° 8, Octobre 1925.
- AURIACOMBE (Raymond). — Réadaptation des tuberculeux au travail et Assistance post-sanatoriale. *Thèse de Doctorat*, Louis Arnette, Paris 1934.
- BACHMANN (E.). — Le problème de la lutte contre la tuberculose en Suisse. « Contre la tuberculose », Annexe du *Bulletin du Service Fédéral de l'Hygiène Publique* (25 février 1933).
- BERNARD (Léon). — L'organisation de la lutte anti-tuberculeuse en France. Masson 1931.
- L'utilisation des dispensaires pour le traitement de la tuberculose. *Revue de Phthisiologie thérapeutique et sociale*. Masson, 15^e année, Paris 1934.
- BLANCO (J.). — Assistance post-sanatoriale, VIII^e congrès international de la tuberculose. Septembre 1932.
- CALVÉ. — La tuberculose orthéo-articulaire.
- CHAUSSIDIÈRE (Camille). — La lutte sociale contre la tuberculose : sa forme actuelle, ses résultats, son avenir. *Thèse de doctorat*. Le François, Paris, 1931.
- CIOSI (C.). — Etude des lésions périfocales du Mal de Pott dorsal. *Thèse de doctorat*. Arnette 1936.
- Comité national de défense contre la Tuberculose. — L'armement anti-tuberculeux français, Paris, Masson, 1934.
- FOURNIER (M. E.). — Le Tuberculeux, le Médecin, le Législateur. *Thèse de doctorat*, Jouve 1936.
- FOUCHÉ (S.). — La Récupération Sociale de l'Enfance infirme en France. *Thèse d'Assistance Sociale*, 1933.

- FRIESLABEN. — Lutte contre la tuberculose osseuse et ortéo-articulaire. *Zeitschrift für Tuberkulose*, T. LIV, p. 5, 1929.
- FRANKEL (A.). — Les œuvres post-sanatoriales. *Thèse de doctorat*, Toulouse, 1930.
- GODARD (Jacques). — Les Assurances sociales et la lutte anti-tuberculeuse. *Thèse de doctorat*. Imprimerie Nouvelle, Bourges.
- GUINARD (L.). — Assistance port sanatoriale. VIII^e conférence internationale de la tuberculose. Septembre 1932.
- HAZEMANN (R. H.). — Port cure des tuberculeux. *Mouvement Sanitaire*, Février 1934.
- HELLER (Léon). — Comment faire pour bénéficier des Assurances sociales, 1932.
- JACQUEMIN. — Rééducation et placement des tuberculeux consolidés. *Revue Philanthropique*, 15 septembre 1928.
- LEFÉBURE (G.). — Identification et évaluation pronostique des diverses formes de la tuberculose de l'enfance. *Echo Médical du Nord*, Mars 1936.
- MASSÉ. — *Mouvement Sanitaire*, N° 144. Avril 1936.
- PERRIER (Luc). — La cure de travail chez les tuberculeux chirurgicaux à Leysin. *Revue Suisse d'Hygiène*. T. XII, fascicules 8 et 9, 1932.
- PETIT (J.). — Assistance port-sanatoriale. *Courrier Médical*, Juillet 1933.
- ROLLIER (A.). — La clinique-manufacture de Leysin. *Revue Médicale Suisse Romande*, 1934.
- WINTERNITZ. — Travail d'orientation professionnelle des tuberculeux guéris. *Thèse de doctorat*. Paris, 1936.

